



08/04/2019 17.12-20190009626



Azienda Ospedaliera di Caserta
" Sant'Anna e San Sebastiano "
di rilievo nazionale e di alta specializzazione
Via Palasciano – 81100 Caserta (CE)
Direttore Generale: Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Al Direttore Sanitario

Al Direttore Amministrativo

Al Direttore del Dipartimento Cardio – Vascolare
Al Direttore del Dipartimento Oncologico
Al Direttore del Dipartimento Scienze Chirurgiche
Al Direttore del Dipartimento Scienze Mediche
**Al Direttore del Dipartimento della Salute della Donna e
Del Bambino**
Al Direttore del Dipartimento dei Servizi Sanitari
Al Direttore del Dipartimento Emergenza e Accettazione

Ai Direttori UU.OO.CC.

Ai Responsabili UU.OO.SS.DD

Oggetto: Attribuzione obiettivi 2019 – **Convocazione** – **Rettifica.**

A rettifica della nota prot. 9622/I dell'08/04/2019 che si allega in copia si comunica che la convocazione è per il giorno **LUNEDÌ** anziché mercoledì **15 aprile p.v., alle ore 10.00** presso l'Aula Magna Aziendale, per un incontro sugli obiettivi di cui all'oggetto.

Alla luce della rilevanza strategico- organizzativa aziendale, si evidenzia la prioritaria importanza della **partecipazione di tutti gli invitati** che comunque dovranno garantire l'attività sanitaria.

Data, 08/04/2019

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



*Azienda Ospedaliera di Caserta "Sant'Anna e
San Sebastiano"*

di rilievo nazionale e di alta specializzazione

Via Palasciano – 81100 Caserta (CE)

Direttore Generale: Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

PIANO DELLE PERFORMANCE 2019- 2021

*Direttore UOC
Dott. Vincenzo Scudicci*

Sommario

1 Presentazione del Piano	3
2 Sintesi delle informazioni di interesse	4
2.1 Chi siamo.....	4
2.2 Cosa facciamo	5
2.3 Come operiamo	7
3 Identità.....	8
3.1 L'amministrazione "in cifre"	8
3.2 Mandato istituzionale e Missione.....	13
3.3 Albero della performance	16
4 Analisi del contesto.....	17
4.1 Analisi del contesto esterno	17
4.2 Analisi del contesto interno	18
4.3 Il Piano di efficientamento.....	23
5 Obiettivi strategici.....	24
5.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	26
5.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale e risultato generale.....	26
6 Il ciclo di gestione della performance.....	28
6.1 Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione	29
6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	31
6.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	31
7 Allegati tecnici.....	32
Obiettivi comuni in tema di prevenzione della corruzione	37
Note	42
SCHEDE DI RILEVAZIONE PER STRUTTURA	43

Il Direttore UOC
Let. Tommaso J. G. J. G. J. G. J. G.

1 Presentazione del Piano

Il presente Piano della performance è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, Lettera b), del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, di seguito decreto, – aggiornato con le modifiche introdotte dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n.74 –, della delibera CIVIT n. 112/2010 e del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, adottato con deliberazione n. 262 del 29/03/2019, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il Piano della performance:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale;
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- dà compimento alla fase di programmazione del *Ciclo di gestione della performance* di cui all'articolo 4 del decreto.

Esso contiene:

- gli obiettivi strategici ed operativi, ai sensi dell'articolo 10, comma 4 del decreto;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna struttura.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare

“la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”.

Come richiesto dall'articolo 5, comma 2, del decreto gli obiettivi sono:

- I. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- II. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- III. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- IV. riferibili ad un arco temporale determinato;
- V. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione;
- VI. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Tale piano (articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, del decreto), viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:



Handwritten signature and stamp of the Ufficio di Cultura.

- gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi *target* ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della *performance*.

Il Piano contiene gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, ciò è funzionale a consentire la valutazione della *performance* individuale dei dirigenti di cui all'articolo 9, comma 1, lettere a) e b), del decreto.

Il piano è reso conoscibile e scaricabile on-line sul sito dell'azienda (www.ospedale.caserta.it) ad esclusione degli allegati tecnici, come previsto da normativa.

2 Sintesi delle informazioni di interesse

2.1 Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera è "Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N.) e di Alta Specializzazione" per effetto del D.P.C.M. 23/04/1993.

Con Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 12254 del 22/12/1994 viene istituita l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Caserta che ai sensi dell'art.3 comma 1 bis del D lgs n. 502/92 e s.m.i., ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia. L'Azienda sviluppa la sua attività nel contesto e nei limiti delle legislazioni e delle normative comunitarie, nazionali e regionale. Entro tali limiti essa agisce con autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e gestionale.

Con Deliberazione n. 189 del 25/03/2002 assume la denominazione di Azienda Ospedaliera "San Sebastiano" e successivamente, con deliberazione n.186 del 04/04/2006, assume l'attuale denominazione di Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Sant'Anna e San Sebastiano".

La sede legale è in Caserta alla Via Palasciano (traversa di via Tescione) senza numero civico. L'Azienda ha Codice Fiscale/Partita IVA n.° 0220113061.

Il Logo attuale dell'Azienda è stato adottato con deliberazione n. 414 del 22/06/2012.

Il patrimonio è costituito da tutti i beni mobili e immobili a essa appartenenti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

I principali *stakeholders* dell'azienda sono:

- pazienti/utenti
- dipendenti
- istituzioni
- fornitori
- terzo settore

L'Azienda Ospedaliera di Caserta eroga prestazioni di diagnosi e cura delle malattie, garantendo:

- interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza ed emergenza;
- visite mediche, assistenza infermieristica, atti e procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative necessari per risolvere i problemi di salute del cittadino, compatibilmente con il livello di dotazione strutturale e tecnologica delle singole Unità Operative Aziendali.

Partecipa ai programmi nazionali e regionali nei settori dell'emergenza, dei trapianti, della prevenzione, della tutela materno – infantile e degli anziani.

Promuove la ricerca, la didattica, la formazione, la qualificazione professionale e scientifica e l'addestramento del personale

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta è Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N.) e di Alta Specializzazione, rappresenta il fulcro per la gestione dell'Emergenza della Provincia di Caserta, ed eroga prestazioni sanitarie in regime di Ricovero Ordinario, in elezione e da pronto soccorso, in regime di Day Surgery, Day Hospital e Day Service, fornisce, altresì, Prestazioni Ambulatoriali e PACC.

Nel corso degli anni, l'Azienda si sta specializzando nella diagnosi e nella cura di patologie sempre più complesse. Nell'ambito dei provvedimenti emanati dalla regione ed in ottemperanza alle disposizioni previste dal piano di rientro, l'Azienda ha modificato sensibilmente il proprio assetto organizzativo nell'ottica di garantire un'assistenza sanitaria sempre più qualificata e di elevare ulteriormente il livello di specializzazione della struttura ospedaliera attraverso il potenziamento di alcune branche specialistiche.

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano", in applicazione dell'Atto aziendale definitivamente approvato con deliberazione n.234 del 17/04/2018, che ha recepito le prescrizioni specificamente contenute nei DCA 46/2017 e DCA 8/2018, in coerenza con il DCA 103/2018, nell'attuale configurazione:

M. Neri UGA
 10/10/2018
 UGA

- è stata individuata quale DEA di II° che rappresenta “hub per la rete IMA, hub per la rete ictus, CTS e CTZ per la rete trauma (serve anche Avellino a distanza di 59 Km, Benevento a 51 Km, area Nord di Napoli, Giugliano a 29 Km), Unità spinale (cod.28), sede di neuro riabilitazione (cod.75) e riabilitazione intensiva (cod.56), spoke II per la terapia del dolore, spoke II per la rete emergenza pediatrica”.
- si qualifica come sede/centro di riferimento per i seguenti servizi:
 - del Trasporto Neonatale di Emergenza (T.N.E) con estensione del servizio alle province di Benevento e Caserta;
 - del Coordinamento provinciale Donazione Organi e Tessuti;
 - di Bleeding Center; di riferimento provinciale per le valutazioni immunologiche; di riferimento per la sicurezza trasfusionale delle province di Avellino, Benevento e Caserta;
 - di riferimento per gli impianti cocleari.
- è sede dei Corsi di Laurea in “ Scienze Infermieristiche”, “Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia” ed “Ostetricia” della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”. La stessa, poi, oltre ad essere stata individuata dalla predetta Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento delle attività teorico-pratiche degli studenti della stessa, è altresì parte della rete formativa per gli specializzandi di molte Scuole di Specializzazione, sia della Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli” (ex Seconda Università) che della Università di Napoli “Federico II”, entrambe di Napoli. In esecuzione del D.C.A. n.60 del 15/10/2010, rinnovato successivamente dal D.C.A. n.47 del 10/06/2016, sono stati disciplinati i rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale e la Seconda Università degli Studi di Napoli (ora “Luigi Vanvitelli”), costituita quale Azienda Ospedaliera Universitaria. Per effetto degli stessi, attualmente, nell’Azienda Ospedaliera di Caserta sono previste le seguenti discipline a direzione universitaria:
 - Cardiologia, codice disciplina 08;
 - Unità Coronarica, codice disciplina 50;
 - Malattie Infettive e Tropicali, codice disciplina 24;
 - Pneumologia, codice disciplina 68.

Il Direttore UOx
 10/11/2016


2.3 Come operiamo

L'Azienda Ospedaliera opera, sulla base delle risorse disponibili e nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie.

L'Azienda è organizzata su base dipartimentale. I vari Dipartimenti clinico-assistenziali, si compongono di almeno tre Unità Operative Complesse (a loro volta articolate in Unità Operative Semplici) nonché di varie Unità Operative Semplici Dipartimentali. In presenza di riconosciute eccellenze, l'Azienda attribuirà anche specifici Incarichi Professionali di cui alcuni a valenza dipartimentale.

In un contesto sociale, demografico ed epidemiologico in evoluzione, l'ospedale deve operare e opera, dando risposte adeguate ai nuovi assetti, in un processo di cambiamento reale che, laddove non perseguito, potrebbe comportare un peggioramento dei risultati in termini di efficacia, sicurezza, sostenibilità e, soprattutto, fiducia da parte dell'opinione pubblica.

Da sempre, infatti, l'Ospedale non rappresenta, per la collettività che vi si riferisce, semplicemente uno strumento di erogazione di funzioni ad alto livello professionale e tecnologico, ma viene vissuto come espressione di ente solidaristico che, andando oltre gli obiettivi utilitaristici di efficienza, riesce a esprimere un proprio valore etico, in termini di equità, diritti, appropriatezza e responsabilità.

L'Ospedale, pertanto, opera nell'ottica:

- della continua revisione delle procedure e dei processi organizzativi per il miglioramento dell'assistenza;
- del progressivo miglioramento della salute e della sicurezza della comunità di riferimento dotandosi di risorse specialistiche e tecnologiche;
- del progressivo potenziamento della qualità dei servizi, del miglioramento della percezione che i cittadini hanno degli stessi, nonché della garanzia di equità nell'accesso ai medesimi;
- di consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specializzazione, anche incrementando e sviluppando i rapporti di cooperazione con altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere;
- di rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;
- di favorire lo sviluppo dei processi di integrazione ospedale-territorio per assicurare agli utenti la continuità assistenziale, anche attraverso la definizione di specifici accordi;

- di realizzare un modello di sviluppo continuo delle professionalità;
- di privilegiare soluzioni organizzative flessibili, efficaci ed economiche anche ridisegnando l'assetto delle responsabilità;
- di garantire agli utenti elevati standard di accoglienza e di comfort alberghiero.

3 Identità

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano e deve essere sviluppata, specie per quanto riguarda la missione e l'albero della performance, attraverso l'apporto congiunto dei seguenti attori:

- vertici dell'amministrazione;
- dirigenti o responsabili apicali dei vari settori organizzativi;
- altri stakeholder interni (personale);
- stakeholder esterni.

In altri termini, ciascuno di questi attori contribuisce, in funzione del proprio ruolo, alla esplicitazione dell'identità dell'organizzazione che serve come punto di riferimento per lo sviluppo delle fasi successive del processo di definizione del Piano.

3.1 L'amministrazione "in cifre"

L'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta serve una popolazione riferita ad un bacino di utenza di circa 1.000.000 di cittadini residenti nell'intera provincia di Caserta e in più parti delle zone limitrofe.

Il Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n.103 del 28.12.2018, "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 –Aggiornamento di dicembre 2018", attribuisce a questa Azienda n.613 posti letto, attualmente non tutti disponibili a causa dei lavori di ristrutturazione ex art. 20 che stanno interessando alcune strutture.

Una notevole importanza nella risposta ai bisogni di salute da parte dell'Azienda Ospedaliera di Caserta è rappresentata dalla cura delle malattie del sistema cardiocircolatorio, in particolare le più incidenti per frequenza sono le malattie emorragiche intracraniche, seguite da quelle prettamente cardiovascolari.



Il pattern d'eccellenza relativo a tale domanda complessa è rappresentato dalle prestazioni di Cardiocirurgia, di Cardiologia interventistica, nonché delle discipline neurologiche dell'area medica e chirurgica.

Ancora tra le richieste maggiori, oltre alla gravidanza, parto e puerperio, ci sono quelle delle malattie e dei disturbi del periodo perinatale. Un'altra significativa offerta è anche quella relativa alle malattie dell'apparato digerente, alle quali si aggiungono le malattie dell'apparato respiratorio ed osteoarticolare, le malattie otorinolaringoiatriche e, negli ultimi tempi, a causa di un non trascurabile incremento, quelle oncologiche sia mediche che chirurgiche.

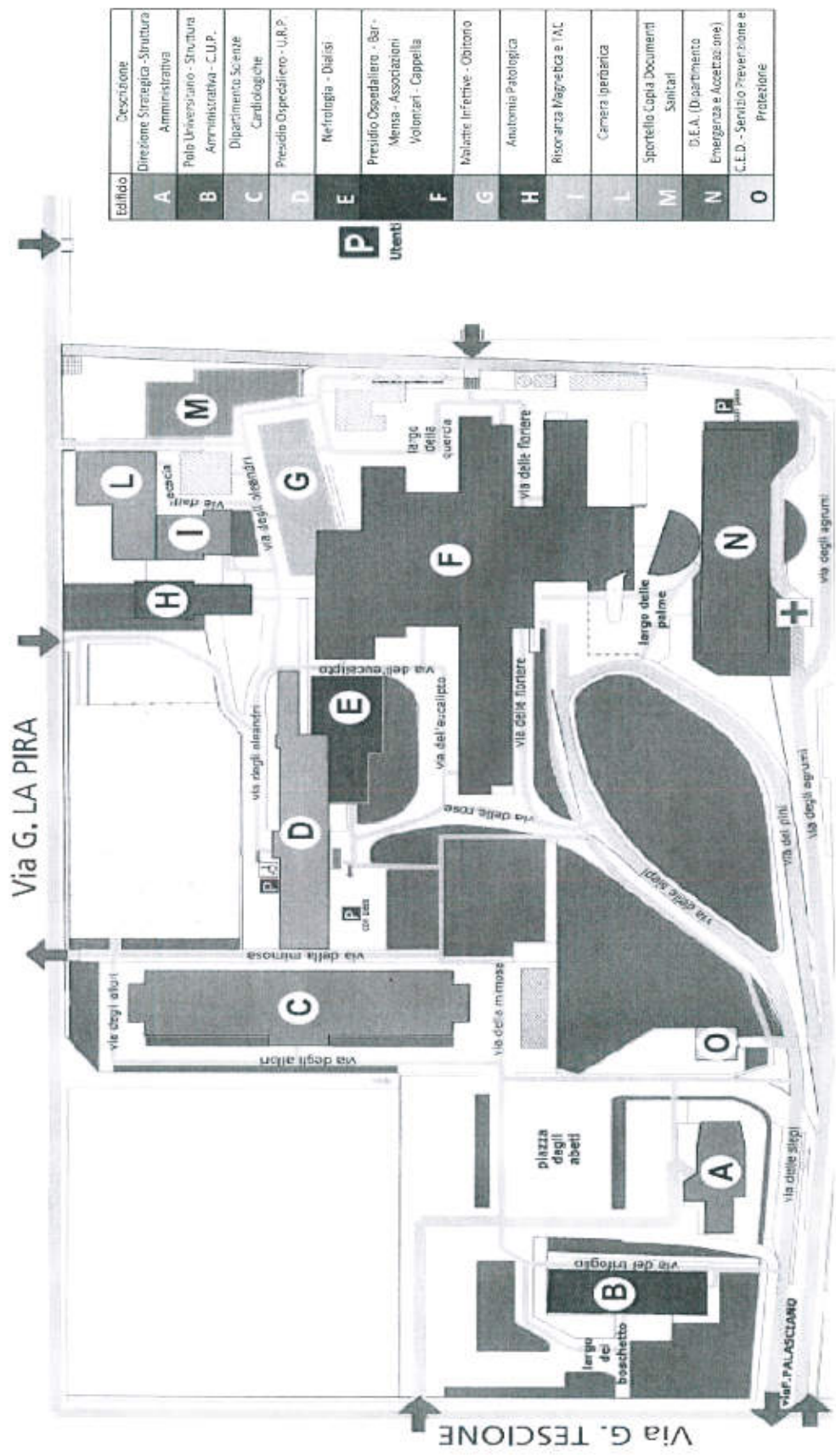
Essendo la nostra azienda punto di riferimento provinciale per il 118 ed il TNE, essa assorbe anche una notevole utenza con patologia acuta, traumatologica ed intensiva, per la quale punti di eccellenza sono rappresentati dalla neurochirurgia e dal trauma-center.

L'azienda espleta le proprie attività all'interno di un unico presidio composto da 13 edifici contrassegnati ciascuno da una lettera diversa dell'alfabeto (A–O).

Si riporta di seguito la pianta dell'Ospedale con l'indicazione degli edifici e dei principali servizi in essi allocati:



Handwritten signature in blue ink over a circular official stamp of the Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AUI) of Verona. The stamp contains the text: "Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata", "Verona", and "Direttore UO".



Edificio	Descrizione
A	Direzione Strategica - Struttura Amministrativa
B	Polo Universitario - Struttura Amministrativa - C.U.P.
C	Dipartimento Scienze Cardiologiche
D	Presidio Ospedaliero - U.R.P.
E	Ne-trologia - Dialisi
F	Presidio Ospedaliero - Bar - Mensa - Associazioni Volontari - Cappella
G	Malattie Infettive - Obitorio
H	Anatomia Patologica
I	Risonanza Magnetica e TAC
L	Camera Ippocratica
M	Sportello Copia Documenti Sanitari
N	D.E.A. (Dipartimento Emergenza e Accettazione)
O	C.E.D. - Servizio Prevenzione e Protezione

P
Utenti

*Il Direttore UCL
Prof. Tommaso...*

Sono di seguito riportati **dati sintetici di attività sanitaria** riferiti agli anni 2017-2018

ANNO 2017	
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	14.888
DIMESSI IN REGIME RICOVERO DH/DS	7.074
TOTALE DIMESSI	21.962
ANNO 2018	
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	14.877
DIMESSI IN REGIME RICOVERO DH/DS	6.532
TOTALE DIMESSI	21.409

VALORE ECONOMICO	GENNAIO/DICEMBRE	GENNAIO/DICEMBRE
	2017	2018
DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	60.939.672,20	61.084.227,20
DIMESSI IN REGIME DH/DS	8.622.620,80	8.981.420,60
TOTALE DIMESSI	69.562.293,00	70.065.647,80

LE ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

La nostra Azienda condivide la complessità operativa e organizzativa comune alle strutture che rivestono un forte ruolo di riferimento per un vasto bacino di utenza, anche oltre il limite provinciale.

Questo è vero particolarmente per le attività di pronto soccorso che, come noto, proliferano anche per un uso inappropriato del servizio (in buona parte derivante dall'assenza di risposte adeguate da parte delle strutture sanitarie territoriali).

I dati seguenti evidenziano in modo chiaro l'impegno costante che gli operatori del settore, ma in generale tutte le strutture diagnostiche, sono chiamati a fornire quotidianamente.

Per l'anno 2018 gli accessi registrati al Pronto Soccorso sono stati di oltre 77.400 pazienti, di cui circa 13.500 in età pediatrica e circa 6.500 donne per urgenze ostetrico-ginecologiche. La limitata disponibilità di posti letto e la contemporanea assenza di un'organizzazione efficiente sul territorio sono tra le cause delle difficoltà ricettive e della, a volte, insoddisfacente risposta fornita dall'emergenza. Questa situazione, inoltre, si aggrava in concomitanza di alcuni periodi dell'anno.

L'alta percentuale di richieste del pronto soccorso non seguite da ricovero dimostra in modo inequivocabile che tali utenti avrebbero potuto trovare una soluzione in strutture territoriali, aumentando l'offerta dell'ospedale nel fornire assistenza a chi ne ha realmente bisogno.

Il modello che si prevede di realizzare a partire dai prossimi mesi si basa sull'integrazione ospedale-territorio, la continuità assistenziale, lo sviluppo e la puntuale attuazione dei più opportuni percorsi assistenziali, una risposta clinico-assistenziale integrata.

Le risorse finanziarie e i costi previsti per l'anno 2019 – deliberazione n.783 del 1 ottobre 2018 – sono le seguenti:

Valore della produzione	
Valore della produzione	Valore previsto anno 2019
Totale	180.624.229



Il Direttore Generale
Dott. [Illegible]

Il valore della produzione è, tra l'altro, così composto:

Valore della produzione	Valore previsto anno 2019
1) Contributi in c/esercizio	83.934.901
2) Ricavi per prestazioni sanitarie	94.853.417
3) Concorsi, Recuperi, Rimborsi	2.118.594
4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	1.159.070
5) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	2.347.248

I costi della produzione sono:

Costi della produzione	Valore previsto anno 2018
Costi della produzione totale	174.736.135
di cui, tra l'altro:	
Acquisto di beni sanitari e non	48.898.873
Acquisto di servizi sanitari	11.245.793
Costi del personale	75.969.970

Risultato di esercizio 2019

L'Azienda prevede il mantenimento dell'equilibrio economico per l'anno 2019

3.2 Mandato istituzionale e Missione

Mandato istituzionale

L'Azienda è un ente pubblico, senza scopi di lucro, che risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie finalizzate a garantire la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie.

Le scelte di ogni azienda sanitaria sono effettuate in coerenza con le politiche regionali e con gli atti di programmazione nazionale e regionale.

L'azione dell'Azienda si ispira ai criteri di efficacia ed appropriatezza, di efficienza, di equità e di professionalità in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. E' vincolata al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili gli impegni e i risultati.

I principi istituzionali su cui si basa sono:

- la tutela della salute
- la centralità della persona
- l'universalità, l'eguaglianza e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi
- i livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Mission

L'Azienda ospedaliera di Caserta eroga prestazioni di diagnosi e cura delle malattie, garantendo:

- interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza ed emergenza;
- visite mediche, assistenza infermieristica, atti e procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative necessari per risolvere i problemi di salute del cittadino, compatibilmente con il livello di dotazione strutturale e tecnologica delle singole unità operative aziendali.

Partecipa ai programmi nazionali e regionali nei settori dell'emergenza, dei trapianti, della prevenzione, della tutela materno-infantile e degli anziani.

Promuove la ricerca, la didattica, la formazione, la qualificazione professionale e scientifica e l'addestramento del personale.

Vision

L'Azienda ospedaliera di Caserta coltiva una visione strategica incentrata sui seguenti obiettivi:

- soddisfazione degli utenti, attraverso una risposta che sia adeguata al bisogno di salute espresso dal cittadino e che sia capace di privilegiare:
 - un approccio di cura globale, indirizzato a garantire il benessere psico-fisico della persona;
 - l'individuazione di percorsi concreti di umanizzazione dell'assistenza;
- soddisfazione degli operatori, attraverso la valorizzazione delle singole professionalità, la partecipazione ai processi decisionali, l'attuazione di politiche di benessere organizzativo;

Il Direttore
Dr. ...
14

- miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dei servizi erogati;
- adozione di formule assistenziali alternative, finalizzate a promuovere adeguatamente la salute pubblica e a favorire l'essenzialità e l'appropriatezza delle prestazioni;
- efficienza e razionalità nell'impiego delle risorse umane ed economiche;
- collaborazione integrata e sinergica con le aziende sanitarie locali, enti territoriali e organismi no profit attivi in ambito sanitario e socio-assistenziale;
- potenziamento della comunicazione esterna e interna, come strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi di salute e come attività che concorre alla costruzione di un "valore" per il cittadino e per l'operatore, contribuendo alla loro soddisfazione.

Principi Ispiratori

L'Azienda ospedaliera di Caserta programma e svolge la propria attività, ispirandosi ai seguenti principi:

- **CENTRALITÀ DEL CITTADINO.**
- **EGUAGLIANZA** dei diritti di accesso, assistenza e trattamento, senza distinzione di età, sesso, nazionalità, lingua, condizioni economiche e sociali, religione, opinioni politiche.
- **IMPARZIALITÀ** degli operatori nell'erogazione delle prestazioni attraverso comportamenti ispirati a criteri di obiettività ed equità.
- **CONTINUITÀ** dell'assistenza senza interruzioni nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi.
- **DIRITTO DI SCELTA** dell'utente sull'intera gamma dell'offerta sanitaria e alberghiera dell'Azienda e sulle possibili alternative terapeutiche, nel rispetto del consenso informato.
- **DIRITTO DI PARTECIPAZIONE** del cittadino e delle associazioni che lo rappresentano alla gestione della vita dell'Ospedale, nell'ottica di un dialogo costruttivo che, evidenziando le criticità, affinché siano rimosse, e le eccellenze, affinché siano potenziate, contribuisce al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza offerta.
- **EFFICIENZA ED EFFICACIA** del servizio.

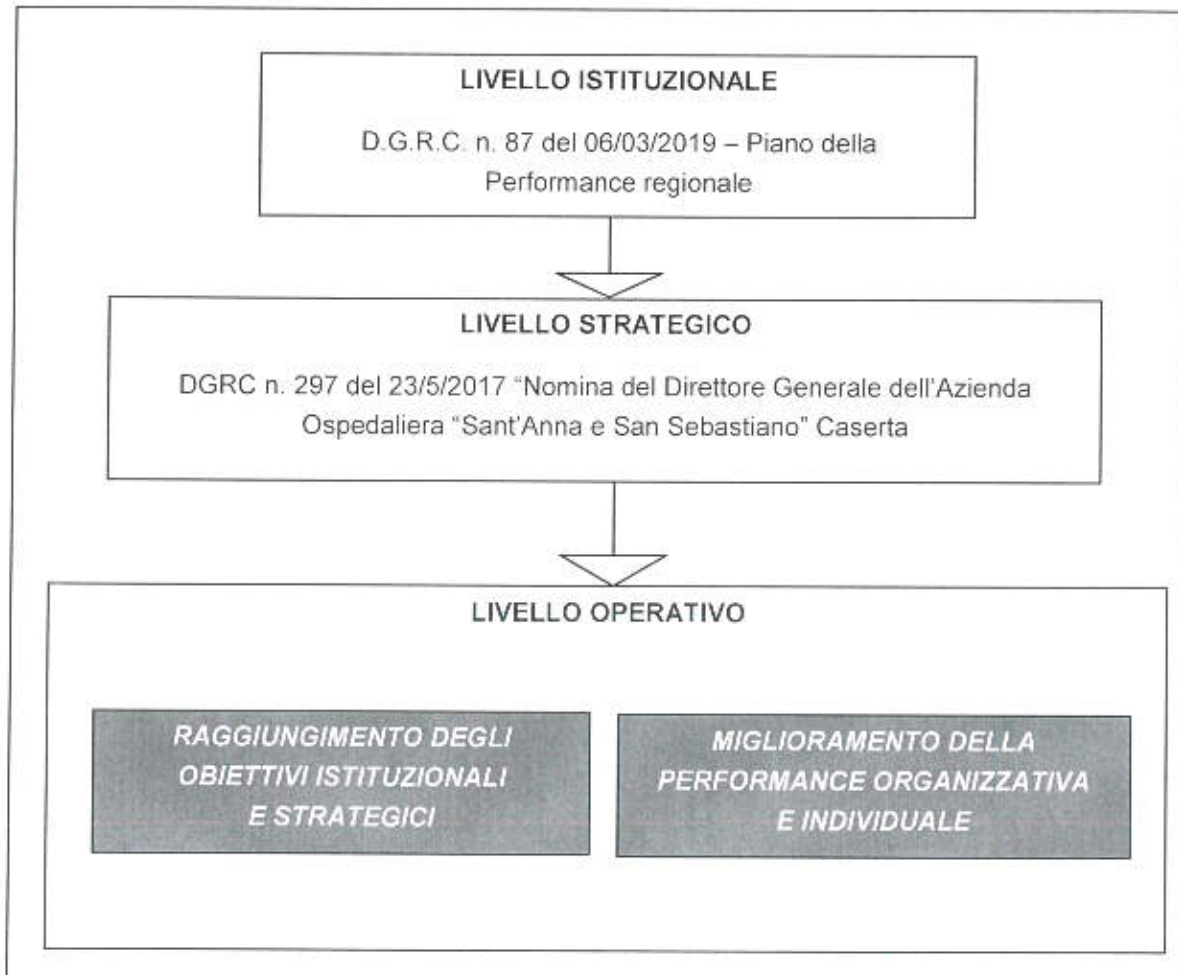
Efficienza, quale rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte.

Efficacia gestionale e sociale:

- la prima, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e prestazioni prodotte;
- la seconda, quale rapporto tra obiettivi raggiunti e grado di soddisfacimento del bisogno di salute.

The stamp contains the text: "P. Isp. Osp. Caserta", "15/05/2014", and "15/05/2014".

3.3 Albero della performance



L'albero della *performance* è una mappa che permette di evidenziare i legami tra mandato istituzionale/missione, aree strategiche, obiettivi strategici, obiettivi operativi e obiettivi assegnati al personale dirigenziale e integrati con il sistema premiante di tutto il personale.

La definizione del piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento e che verranno esplicitate negli appositi paragrafi:

Le aree strategiche individuate sono relative ai diversi stakeholder e sono correlate da rapporti causa-effetto nonché da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, come sono correlati i diversi obiettivi all'interno delle singole aree strategiche.

Il sistema risulta, quindi un sistema “a cascata” che integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendale con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante

Handwritten signature in blue ink.

4 Analisi del contesto

Si riportano dei significativi indicatori di confronto ISTAT riferiti ad ambiti territoriali di interesse:

DATI ISTAT 2017											
Territorio											
	Italia	Nord	Centro	Mezzogiorno	Sud	Campania	Caserta	Benevento	Napoli	Avellino	Salerno
Tipo indicatore											
tasso di natalità (per mille abitanti)	7,6	7,5	7,3	7,9	7,9	8,6	8,8	7,3	9	7,3	7,9
tasso di mortalità (per mille abitanti)	10,7	10,8	11,1	10,3	10,2	9,7	9,1	12,4	9,1	11,2	10,5
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	1,4	3,2	2,4	-1,6	-1,1	-0,9	-0,5	3,1	-1,9	-0,8	-0,1
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-1,8	-0,2	-1,4	-4,1	-3,4	-2	-0,8	-1,9	-1,9	-4,7	-2,7
speranza di vita alla nascita - maschi	80,6	81	80,9	79,8	79,8	78,9	78,5	79,4	78,6	79,9	79,5
speranza di vita a 65 anni - maschi	19	19,2	19,2	18,5	18,5	17,8	17,4	18,4	17,6	18,5	18,5
speranza di vita alla nascita - femmine	84,9	85,4	85,1	84,2	84,2	83,3	83,2	84,2	82,8	84,5	84
speranza di vita a 65 anni - femmine	22,2	22,5	22,3	21,6	21,6	20,9	20,8	21,6	20,4	22	21,5
speranza di vita alla nascita - totale	82,7	83,2	82,9	81,9	81,9	81,1	80,8	81,7	80,7	82,2	81,7
speranza di vita a 65 anni - totale	20,6	20,9	20,8	20,1	20,1	19,4	19,1	20	19	20,3	20
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	55,8	58,2	56,9	52,3	52	49,6	48,2	53,4	49,1	51,6	50,8
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	34,8	36,9	36,2	31,3	30,8	27,2	25,2	34,2	25,5	32,4	30,1
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	165,3	173,9	175,2	148,7	145,2	121,6	109,8	178	108,3	168,9	146,2
età media della popolazione - al 1° gennaio	44,9	45,6	45,6	43,7	43,5	42,1	41,3	44,9	41,2	44,6	43,5

4.1 Analisi del contesto esterno

L'A.O. di Caserta persegue da sempre un duplice mandato, essendo da un lato "l'ospedale" per la popolazione della città, dall'altro svolgendo la funzione di riferimento specialistico anche per il resto della provincia e per le zone limitrofe del napoletano. Infatti dati clinici ed epidemiologici mostrano che la domanda di servizio e prestazioni sanitarie cui deve far fronte l'azienda proviene dalla Città di Caserta e dalla sua provincia i cui abitanti si rivolgono all'Azienda certi di trovare un'offerta di elevata qualità e specialità. Numerosissimi sono i cittadini provenienti dalle altre

province della Regione soprattutto per quelle prestazioni di elevata specializzazione per le quali questa Azienda ha sviluppato una capacità di attrazione. In realtà, l'Azienda è il punto di riferimento per l'assistenza ospedaliera di un bacino di utenza di circa 1.000.000 abitanti poiché eroga prestazioni sanitarie a favore dei residenti della Provincia di Caserta, comprendente i 104 Comuni. Il bacino di utenza è collocato, geograficamente, in zone montane, collinari e marine; Il contesto orografico e l'attuale viabilità, soprattutto verso le zone interne della Provincia, evidenzia la centralità dell'Azienda nella gestione completa dell'emergenza sanitaria territoriale; essa, infatti, rappresenta la più grande struttura ospedaliera del Casertano.

L'attività, dunque, è finalizzata a soddisfare i bisogni sanitari di un vasto bacino di utenza che va oltre la Provincia di Caserta.

Il contesto sanitario di riferimento e le relazioni istituzionali

Il processo di cambiamento del contesto sanitario della Regione Campania, partito con il Decreto Commissariale n. 49/2010 ed in prosecuzione oggi attraverso il Piano Sanitario Regionale vigente – DCA N.103 del 28.12.2018 –, va nella direzione della progressiva deospedalizzazione e del potenziamento dei servizi territoriali. In particolare è stata prevista una rimodulazione dell'offerta ospedaliera sia in termini di posti letto assegnati alle diverse discipline e ai diversi ambiti territoriali, sia in termini di strutture – soppressione e/o accorpamento di medesima specialità e/o con bassi indici di produttività –, al contempo si è cercato di sviluppare una logica di integrazione ospedale-territorio finalizzata all'ottimizzazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché di sviluppare una rete di coordinamento per la programmazione interaziendale.

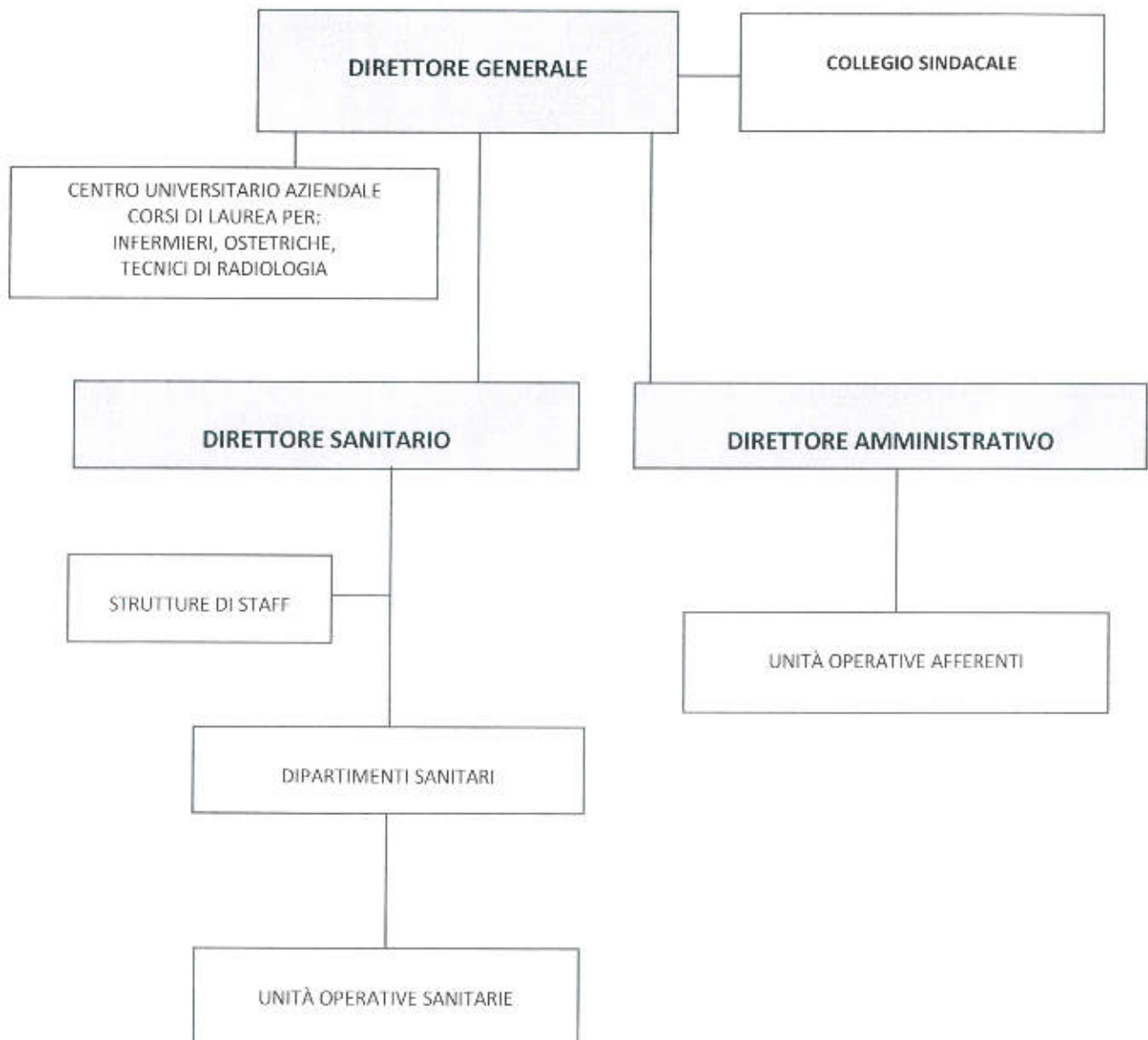
4.2 Analisi del contesto interno

Il blocco del turn over e le altre misure imposte dall'esigenza di contenimento della spesa di personale (blocco della mobilità, rideterminazione dei fondi contrattuali, limiti alle prestazioni aggiuntive, ecc) hanno pesantemente inciso su questa Azienda, determinando carenze anche drammatiche di personale medico, infermieristico, ausiliario e tecnico amministrativo che per di più presenta un'età media piuttosto avanzata e con diffuse situazioni di esonero da certe e/o più pesanti funzioni.

L'attuale struttura organizzativa aziendale è quella prevista dal Piano Attuativo Aziendale, adottato con deliberazione n. 234 del 17/04/2018.

Il Direttore


ORGANIGRAMMA GENERALE



Il Direttore Generale
Dott. ...
[Signature]

MODELLO ORGANIZZATIVO: I DIPARTIMENTI

Nell'Azienda ospedaliera di Caserta l'organizzazione dell'attività è articolata nelle seguenti aree:

- **AREA DIREZIONALE,**

che aggrega la Direzione strategica (*Direzione generale, Direzione sanitaria, Direzione amministrativa*)

- **AREA CLINICO-ASSISTENZIALE,**

che sono strutturate sul modello dipartimentale, finalizzato a favorire l'integrazione e la collaborazione fra le singole discipline e, contemporaneamente, la razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse.

I dipartimenti attivi in Azienda sono:

- **n. 7 DIPARTIMENTI SANITARI,**

che aggregano le Unità operative sanitarie

In questi anni l'A.O. S. Anna e S. Sebastiano ha subito un decisivo processo di ammodernamento ed innovazione, che ha privilegiato il rafforzamento dell'organizzazione dipartimentale, la semplificazione dei percorsi di accoglienza e ricovero, con la riorganizzazione degli spazi, soprattutto quelli dedicati alle degenze, imposta anche dalla cantierizzazione del padiglione centrale opera cruciale per il completo ammodernamento del Presidio.

Si è lavorato alla riorganizzazione, riconversione e riallocazione di spazi, con processi di accorpamento e concentrazione di funzioni specifiche ed omogenee, che ha risposto a notevoli criteri di efficienza.

Al fine di raggiungere gli obiettivi strategici prefissati, in coerenza con le direttive regionali, l'azienda ha adottato il **modello dipartimentale** per l'organizzazione sia delle attività di diagnosi e cura che delle attività amministrative.

Il dipartimento rappresenta infatti la struttura aziendale deputata al conseguimento non solo dell'efficacia assistenziale, dell'organizzazione della didattica e ricerca e dell'efficacia della

gestione amministrativa, ma anche dell'efficienza delle stesse mediante azioni di interscambio e di condivisione di risorse atte a garantire:

- l'utilizzazione ottimale degli spazi assistenziali, delle risorse umane e tecnologiche al fine di garantire la migliore assistenza all'utente;
- lo studio, l'applicazione e la verifica dei processi e dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- la promozione di iniziative finalizzate alla personalizzazione ed alla umanizzazione dell'assistenza;
- la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita.

L'individuazione di raggruppamenti disciplinari più omogenei sia dal punto di vista funzionale che strutturale centra, certamente, l'obiettivo di realizzare l'ottimizzazione delle risorse senza alterare la qualità dell'assistenza e più compiutamente la mission di una AORN quale quella di Caserta.

Risorse finanziarie

L'azienda Ospedaliera elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità. La valutazione delle voci di bilancio è stata inoltre effettuata ispirandosi a criteri generali di prudenza e competenza. Il bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria e il risultato economico dell'esercizio. In merito vedi quanto già espresso alla pagina 9 del presente documento.

Risorse umane

Il depauperamento progressivo del personale per cessazioni dal lavoro a vario titolo non sostituito per carenze di procedure concorsuali, in ottemperanza alle direttive regionali e nazionali (l'ultima procedura concorsuale per il personale infermieristico risale all'anno 2001), risulta evidente se si analizza l'organico attuale; ciò crea disfunzioni sul versante assistenziale, rendendo, a volte, problematica anche la risposta all'emergenza.

Solo negli ultimi tempi si sta procedendo al reclutamento del personale tramite concorsi.

Il tutto è aggravato da un invecchiamento anagrafico del personale addetto all'assistenza, che esita in un sempre maggiore ricorso ad assenze per malattia e attribuzioni di esoneri dalla turnazione e da compiti assistenziali ed inabilità lavorativa. Ovviamente la criticità assume contorni estremamente rilevanti in quanto la natura propria di Azienda di Rilievo Nazionale non permette di dilazionare risposte di alta specialità, né permette di delegare ad altre strutture i compiti propri dall'AO.



21

La struttura dell'organico dei dipendenti a tempo indeterminato al 31/12/2018 è così riassunta:

PERSONALE	Previsti	In servizio	Tempo determinato	posti vacanti
Ruolo Sanitario	1566	1079	12	475
Ruolo Professionale	13	5	0	8
Ruolo Tecnico	340	138	0	202
Ruolo Amministrativo	148	53	1	94
Totale	2067	1275	13	779
Totale DIRIGENZA MEDICA	511	346	12	153
Totale DIRIGENZA SANITARIA	33	26	0	7
Totale DIRIGENZA P.T.A.	27	16	1	10
Totale COMPARTO	1496	887	0	609

Risorse tecnologiche

Il parco tecnologico dell'AORN, in termini di apparecchiature biomediche, consiste in circa 3.100 unità, per un valore di sostituzione pari a circa € 40.000.000,00.

In termini di grandi impianti, risultano installate:

- N° 2 TC (una 64 slices ed una 320 slices);
- N° 1 RMN;
- N° 3 sistemi per angiografia (due per emodinamica ed uno per radiologia interventistica).
- La manutenzione delle attrezzature biomedicali, è gestita dalla UOC Tecnologia Ospedaliera, Innovazione Tecnologica ed HTA.

OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI, INDICATORI E TARGET

Il presente Piano si avvale di un sistema di valutazione composto da:

- obiettivi strategici (triennali), definiti tali in quanto di estrema rilevanza rispetto ai bisogni della collettività in termini di *outcome*;
- obiettivi operativi (riferiti ad un lasso temporale più breve), discendenti direttamente dagli

Il Direttore UOC
 dott. T. M. G. EGGLIA

obiettivi strategici, che vengono assegnati sia alle strutture (per la valutazione della performance organizzativa) sia ai singoli professionisti (per la valutazione della performance individuale).

Per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori, con i relativi target, per consentire la misurazione e la valutazione della performance.

L'Azienda prevede la possibilità di valutazione di fattibilità non solo preliminare, ma anche in itinere; in tal modo, laddove le condizioni lo dovessero rendere necessario, è consentita la possibilità di rimodulazione - condivisa, concordata e comunicata - del presente Piano.

4.3 Il Piano di efficientamento

La legge 28 dicembre 2015 n.208 (Legge di stabilità 2016) individua come determinante dell'ingresso nei piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n.208, la presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività ai sensi dell'articolo 8-sexies del D.lgs. n.502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni, pari o superiori al 10% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico (lettera a)
- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526, secondo le modalità di individuazione descritte nell'allegato tecnico (lettera b)

Con DM 21 giugno 2016 (G.U. n.164 del 15/7/2016) sono stati decretati gli allegati tecnici e le linee guida per la predisposizione dei Piani di Efficientamento e Riqualficazione aziendali; in particolare la metodologia individua i costi e i ricavi da considerare ai fini della determinazione dello scostamento.

In data 29 settembre 2016, la Regione Campania ha emanato il DCA n. 102/2016, con il quale ha individuato le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) da sottoporre ai Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Anche l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta è stata individuata tra quelle da sottoporre ai Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Il Direttore UOC
Dott. T. M. ...
23

5 Obiettivi strategici

Le prospettive e le scelte strategiche dipendono, in modo sostanziale, dal fatto che l'Azienda è parte del Sistema Sanitario Nazionale e quindi attua gli indirizzi che discendono dalla normativa nazionale e regionale.

All'interno di detti documenti è possibile individuare le linee strategiche che possono essere così sintetizzate:

1. **riaffermare il ruolo centrale dell'Azienda Ospedaliera di Caserta**, collocandola istituzionalmente come punto di riferimento dell'intero territorio provinciale;
2. **costruire un modello organizzativo** in grado di realizzare un sistema integrato con le altre aziende provinciali e campane per un efficace modello di rete in cui inserire le singole discipline:
 - rete dell'emergenza
 - rete dell'emergenza cardiologica
 - rete dell'ictus cerebrale acuto
 - rete del trauma grave
 - rete oncologica
 - rete materno infantile
 - rete delle cure riabilitative tra fase acuta - bassa intensità della riabilitazione - lungodegenza
3. **realizzare il modello regionale ospedale in rete hub & spoke**, esso esprime un'idea dinamica dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità: quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità produttive periferiche a unità centrali di riferimento, dopo aver stabilizzato il paziente, se trattasi di un caso urgente.

L'Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano" rappresenta il **terzo livello dell'emergenza**, di riferimento per tutto l'ambito provinciale ed è individuata quale **hub di 2° livello per l'ictus cerebrale acuto**, nonché **hub di 2° livello per la rete cardiologica** e centrale operativa cardiologica del **Dipartimento Integrato dell'Emergenza**.

È, inoltre, **Centro Trauma di alta Specializzazione (CTS)** per il bacino d'utenza afferente alle macro-aree di Caserta, Benevento ed Avellino;

4. **implementazione del modello dipartimentale** per l'organizzazione delle attività di diagnosi e cura.

Il Direttore UOS
dott. Tommaso SQUEGLIA

Per quanto riguarda la programmazione aziendale, questa si strutturerà annualmente attraverso la metodica dei budget operativi con i quali si negozieranno gli obiettivi tra la direzione strategica ed i vari direttori di UU.OO. sia di area sanitaria che amministrativa.

Gli obiettivi da negoziare saranno individuati nelle seguenti aree di intervento:

Area dell'Efficacia e dell'Appropriatezza: operare scelte più efficaci e appropriate nell'ambito dell'utilizzazione dei supporti diagnostici e terapeutici per ogni singolo paziente o categoria di pazienti. Il riferimento specifico riguarda la definizione e l'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali ovvero l'adozione di linee guida prodotte all'interno della azienda da organismi istituzionali e professionali.

Rientrano in quest'area le decisioni essenzialmente cliniche relative alla tipologia delle risposte assistenziali ai bisogni dell'utenza in un'ottica di gradualità dell'intensità delle cure.

In specifico, si vuole tendere all'eccellenza qualitativa di ogni servizio, coerentemente con il bisogno assistenziale e con l'aspettativa dei cittadini, utilizzando con flessibilità le molteplici tipologie organizzative dell'offerta: degenza a ciclo continuo per acuti e post-acuti, degenza a ciclo diurno medica e chirurgica, one day surgery, day service ed attività ambulatoriale.

Area della qualità: migliorare i livelli qualitativi delle prestazioni rese, concretizzando gli obiettivi generali già enunciati ed utilizzando due indirizzi tra loro complementari. Il primo è relativo alla qualità percepita dal singolo utente, personalizzando il servizio e costruendo un rapporto fiduciario. Il secondo introduce, nell'ambito dell'organizzazione, i principi e i metodi dell'assicurazione di qualità al fine di garantire una operatività ottimale dell'organizzazione nel suo complesso.

Questi processi sono favoriti da un idoneo sviluppo della formazione e dell'aggiornamento delle risorse umane, orientati al miglioramento continuo della qualità e ai requisiti, in generale, dell'accreditamento.

Area della Partecipazione e Valorizzazione Professionale: favorire la partecipazione degli operatori alle scelte di indirizzo e alla realizzazione dei progetti aziendali con il coinvolgimento, la sensibilizzazione, la comunicazione e la formazione; valorizzare l'apporto di tutti i professionisti nella costruzione e nel consolidamento delle strategie aziendali.

Area dell'Efficienza: migliorare le modalità di acquisizione e di utilizzo delle risorse. Rientrano in questa prospettiva anche le politiche di stoccaggio e di impiego delle risorse al fine di ottimizzare i livelli di produttività e di utilizzo delle strutture, nell'ambito di programmi condivisi in ambito provinciale.

F. Direttore UOC
dott. Tommaso SQUEGLIA
25

Prevenzione della Corruzione in applicazione di quanto previsto dalla delibera CIVIT n.6/2013 e dalle successive raccomandazioni della stessa Commissione, poi Autorità Nazionale Anticorruzione, sono previsti obiettivi sia per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione che per i Direttori di UU.OO.CC. e per i Responsabili di UU.OO.SS.DD. Tali ultimi obiettivi sono corredati di indicatori e target riconducibili al Piano di Prevenzione della Corruzione. Essi incidono, in termini di peso, sulla misurazione e valutazione della performance in modo da mantenere invariato il valore di 75/100, per gli obiettivi individuali, e 25/100, per i comportamenti organizzativi, così come stabilito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale – deliberazione n.262/2019.

5.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Con riferimento agli obiettivi della programmazione regionale, l’Azienda ha posto in essere un processo di programmazione proiettato ad un orizzonte temporale triennale, individuando gli obiettivi operativi per il personale dirigente.

Gli obiettivi operativi sono collegati a riferimenti normativi regionali, al Piano Attuativo Aziendale ed all’attuazione dei decreti commissariali, ma sono integrati da una serie di attività che le singole strutture, per mandato istituzionale, sono chiamate a garantire.

Gli obiettivi strategici, descritti nel paragrafo precedente, e gli obiettivi operativi, diretta declinazione degli obiettivi strategici, vengono assegnati ai Direttori di Dipartimento, e successivamente dagli stessi “calati” alle unità operative afferenti, attraverso una fase di concertazione con i Direttori di Dipartimento definendo gli indicatori, il peso e le tempistiche di raggiungimento.

In corso d’anno vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento dei citati obiettivi e sulle eventuali criticità insorte, se necessario detti obiettivi possono essere ricalibrati.

Entro la metà dell’anno successivo a quello di riferimento l’Organismo Indipendente di Valutazione valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi in riferimento agli indicatori, ai valori attesi, ai pesi individuati.

5.2 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale e risultato generale

Tutto il personale dirigente, il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché il personale del comparto è inserito nel sistema aziendale valutazione della performance individuale codificata nel Sistema di Misurazione e Valutazione

Il Direttore UOC
Dot. Tommaso GUEGLIA

della Performance – deliberazione n.262/2019 - di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150.

Tale sistema di valutazione individuale, tenendo conto del risultato certificato dall'OIV relativamente al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi da parte dei Dipartimenti, delle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. con attribuzione diretta delle risorse, è caratterizzato dai seguenti elementi:

1. Valorizzazione dei risultati di struttura
2. Valorizzazione dei comportamenti organizzativi individuali

Relativamente al punto 1) per il Direttore di Dipartimento, per il Direttore di U.O.C. e per il Responsabile di U.O.S.D con attribuzione diretta delle risorse, la valutazione è determinata dal risultato certificato dall'OIV relativamente al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi assegnati; **per il restante personale dirigente, per il personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché per il personale del comparto**, il Direttore dell'articolazione organizzativa e/o funzionale sovra ordinata può individuare gli obiettivi che richiedono il coinvolgimento dei collaboratori e, quindi, individua i **dirigenti, personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché personale del comparto** che debbono concorrere e in quale misura al raggiungimento di uno o più dei citati obiettivi strategici e/o operativi assegnati alla Struttura, con la facoltà di integrare la scheda con obiettivi di risultato specifici, non presenti nella scheda della struttura, purché individuati in coerenza con gli obiettivi strategici e operativi stessi. Lo stesso Direttore dell'articolazione organizzativa e/o funzionale sovra ordinata, tenendo conto del risultato certificato dall'OIV relativamente alla Struttura, provvederà a verificare il raggiungimento degli obiettivi singolarmente assegnati a **tutti i dirigenti, al personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché al personale del comparto** afferenti all'articolazione diretta.

La valorizzazione dei risultati conseguiti a livello di struttura può essere valutata con un punteggio massimo di 75 punti.

Relativamente al punto 2) sono valutati, dai Direttori della Struttura immediatamente sovra ordinata, i comportamenti organizzativi di **tutti i dirigenti, del personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità nonché di tutto il personale del**

comparto, cioè i comportamenti di ciascuno osservabili nello svolgimento dell'attività professionale individuale e di gruppo, individuati in apposita scheda aziendale.

La valorizzazione dei comportamenti organizzativi individuali può essere valutata con punteggio massimo di 25 punti.

Le due componenti della valutazione sopra indicate concorrono a formulare il risultato finale che costituisce la base per il calcolo della retribuzione di risultato.

6 Il ciclo di gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance consiste in un processo aziendale che, programmato su base triennale, ha durata annuale e si articola sinteticamente nelle fasi di:

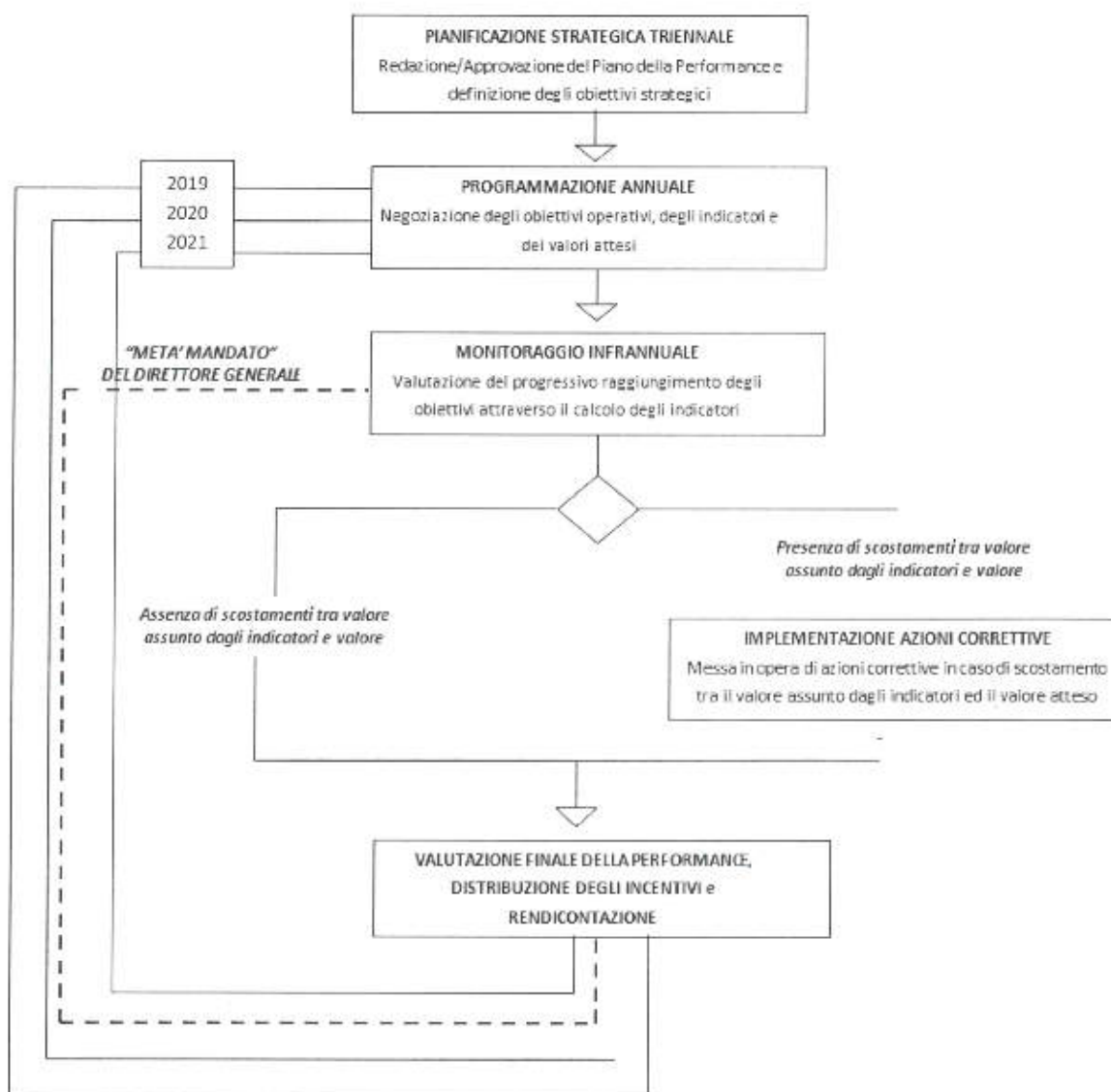
- PIANIFICAZIONE STRATEGICA TRIENNALE DELLA PERFORMANCE (definizione degli obiettivi strategici che l'Azienda intende raggiungere con relativi indicatori e valori attesi);
- PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE (negoziazione degli obiettivi – con conseguente allocazione delle risorse - che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali e dai singoli professionisti con relativi indicatori e valori attesi);
- MONITORAGGIO INFRANNUALE DELLA PERFORMANCE (monitoraggio in itinere del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli stessi rispetto ai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive);
- MISURAZIONE E VALUTAZIONE FINALE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE (misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture che dei singoli professionisti);
- UTILIZZO DEI SISTEMI PREMIANTI (distribuzione degli incentivi secondo criteri di valorizzazione del merito);
- RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI (diffusione dei risultati raggiunti agli stakeholder del sistema in un'ottica di accountability).

Nel grafico seguente, attraverso l'utilizzo di uno specifico *flow-chart*, si descrive la successione delle varie fasi che compongono l'intero processo implementato in Azienda.

Quest'ultimo, avviato con l'approvazione del presente Piano, sebbene abbia un respiro triennale, essendo riferito al periodo 2019-2021, prevede che ogni anno venga riprogrammata la

In Direzione UOC
dot. Irene GUEGLIA

negoziante degli obiettivi (con conseguente allocazione delle risorse) nonché la misurazione e la valutazione del raggiungimento degli stessi, analizzandone i risultati a 12 mesi, 24 mesi e 36 mesi. Ai tre momenti di misurazione e verifica infrannuale, se ne aggiunge un quarto svolto a metà mandato del Direttore Generale, ovvero coincidente con la valutazione del suo operato che la Regione effettua a 18 mesi a partire dall'incarico conferito.



6.1 Fasi, Soggetti e tempi del processo di redazione

Il Piano è redatto sulla base delle riforme dell'assetto organizzativo e di governo del sistema sanitario regionale, definite a partire dal Decreto Commissariale n. 49/2011 e dal Piano Sanitario Regionale vigente i quali, sulla scorta di alcuni principi di fondo come il miglioramento e il potenziamento della prevenzione e della promozione della salute, l'integrazione tra i diversi

soggetti che operano nel sistema e l'ottimizzazione del rapporto con i privati attraverso il sistema dell'accreditamento, lo sviluppo della *clinical governance* e l'attenzione alla sicurezza delle cure, la realizzazione dei necessari investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico, la riorganizzazione del sistema informativo e lo sviluppo delle attività di monitoraggio, le politiche del farmaco, la cura della formazione e della qualificazione del personale, pongono il cittadino al centro del sistema, cercando di offrire risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute. L'attuazione della normativa regionale trova espressione nella realizzazione degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali. Sulla base degli obiettivi assegnati alla Direzione Generale viene definito il presente Piano a conclusione di un processo articolato, **per fasi**, nel modo seguente:

1. Definizione dell'identità dell'organizzazione
2. Analisi del contesto esterno ed interno
3. Definizione degli obiettivi strategici
4. Definizione degli obiettivi e dei piani operativi
5. Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno

I **soggetti** coinvolti nella redazione e divulgazione del Piano, a regime, possono essere individuati come segue:

- per le fasi 1 e 3 le UU.OO.CC. Programmazione e Controllo di Gestione, Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance, in accordo con la Direzione Strategica
- per la fase 2 le UU.OO.CC di Staff delle Direzioni
- per la fase 4 le UU.OO.CC. Programmazione e Controllo di Gestione, Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance, in accordo con la Direzione Strategica
- per la fase 5 la U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance

Il collegamento obiettivi-risorse e l'assegnazione dei budget prevedono il coinvolgimento della U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria e P.E.

I **tempi** di redazione del Piano sono dettati dal Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i.

Il Direttore UOC
dott. Tommaso JEVEGLIA

6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

Pertanto vi deve essere un'integrazione logica tra il piano delle performance ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale.

La coerenza dei contenuti del Piano delle performance agli indirizzi del bilancio di previsione deve essere e sarà realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di pianificazione delle performance da far confluire in un unico arco temporale;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dalla Contabilità Economica e Patrimoniale al Controllo di gestione, all'Organismo indipendente di valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, quali in primis il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base economico-finanziaria per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici (e non solo) alle varie strutture aziendali.

In particolare, oltre al sistema di autorizzazione per l'acquisto di beni e servizi posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori sulla base delle risorse effettivamente disponibili che costituisce un limite alla spesa, vanno considerati anche gli obiettivi di carattere economico-finanziario che ogni anno costituiscono un'ampia parte degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione aziendale.

6.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il piano delle performance, oggi alla sua prima emissione, verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i correttivi necessari.

Il piano verrà comunque revisionato nel corso degli anni in funzione dell'eventuale assegnazione di obiettivi regionali, di disposizioni sul nuovo assetto organizzativo e dell'incontro con gli stakeholder.

Le aree strategiche verranno sviluppate considerando ulteriormente i diversi cluster di pazienti, i regimi di attività nonché le principali “linee di produzione” aziendali.

7 Allegati tecnici

Costituiscono allegati tecnici:

- scheda analisi SWOT
- schede di analisi quali-quantitativa delle risorse umane
- schede di rilevazione obiettivi/indicatori/risultati attesi/pesi

Il Direttore UOC
Dr. Tommaso SCARFELLA

TABELLE ANALISI QUALI-QUANTITATIVA DELLE RISORSE UMANE

ANALISI CARATTERI QUALITATIVI/QUANTITATIVI	
ANNO	2017
ETA' MEDIA DEL PERSONALE	51
ETA' MEDIA DEI DIRIGENTI	56
% DIPENDENTI IN POSSESSO DI LAUREA	31
% DI DIRIGENTI IN POSSESSO DI LAUREA	29
ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO	
ANNO	2017
% TASSO DI DIMISSIONI PREMATURE	0
% TASSO DI RICHIESTE DI TRASFERIMENTO	22
% DI PERSONALE NEOASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	13
INDICATORI	
ANNO	2017
% DI DIRIGENTI DONNE	35
% DI DONNE RISPETTO AL TOTALE DEL PERSONALE	48
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA DIRIGENTI	58.000
STIPENDIO MEDIO PERCEPITO DAL PERSONALE DONNA NON DIRIGENTE	29.000
% DI PERSONALE DONNA ASSUNTO A TEMPO INDETERMINATO	71
% DI PERSONALE DONNA LAUREATO RISPETTO AL TOTALE PERSONALE FEMMINILE	24

Il Direttore UOC
 T. GUGLIEMINI

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La realizzazione degli obiettivi di performance individuati dall'azienda richiede un impegno costante di tutti gli operatori. A tal fine, sono stati predisposti sistemi di valutazione il più possibile oggettivi della *performance individuale*, in linea con quanto previsto dalle norme vigenti.

Si tratta di un'innovazione fondamentale che riguarda tutto il personale. Infatti, come noto, in precedenza la valutazione era limitata alla dirigenza e riguardava la verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi generali e individuali, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, nonché le verifiche periodiche di fine incarico.

Per il personale di comparto non era previsto nessun sistema di valutazione individuale e si faceva riferimento ai "progetti annuali" che coinvolgevano l'intera équipe o, in alcuni casi, alla verifica degli obiettivi assegnati ai titolari di coordinamento o posizione organizzativa.

L'introduzione di schede o questionari specifici per la valutazione della performance individuale della dirigenza e del comparto rappresenta uno strumento per misurare le competenze, l'impegno ed il risultato raggiunto. Il valutatore che compila le singole schede corrisponde al soggetto posto al livello gerarchico immediatamente superiore a quello del valutato, in quanto conosce direttamente il lavoro dei propri collaboratori.

Nelle pagine seguenti si propongono due schede che prevedono indicatori utili a monitorare aspetti rilevanti dell'impegno e della professionalità dei singoli operatori. Il processo ovviamente innova radicalmente i sistemi di valutazione adottati sino ad oggi, e pertanto necessita di un adeguato periodo di rodaggio, sia per quanto riguarda l'accettazione da parte dei valutati che per quanto riguarda la proposta e introduzione di correttivi dettati dalle eventuali difficoltà di applicazione.

Gli indicatori previsti possono riguardare i seguenti ambiti:

- **area gestionale**, ovviamente solo per il personale cui sia stata affidata la diretta gestione di risorse strutturali, economiche o tecnologiche;
- **area cognitiva**, inerente:
 - al **pensiero strategico** come capacità di orientarsi nella complessità, analizzandone le diverse variabili anche in termine di scenari evolutivi;
 - al **pensiero operativo** o capacità di affrontare con realismo, prontezza e concretezza risolutiva i problemi operativi;

- alla **flessibilità**, dimostrata nella capacità di tener conto dei cambiamenti del contesto attuale e di adottare suggerimenti esterni per migliorare la propria prestazione;
- all'**innovazione** o propensione verso il cambiamento e la creatività organizzativa;
- **area realizzativa**, nella quale sono coinvolti la capacità di decidere, assumendo la responsabilità, in condizioni di incertezza e di incompletezza delle informazioni disponibili, valutabili come:
 - la **pianificazione e il controllo** o capacità di organizzare, prevedere e supervisionare il proprio lavoro e quello degli altri;
 - l'**iniziativa** o capacità di attivarsi, con atteggiamento dinamico e propositivo, al fine di prevenire l'insorgere del problema;
 - l'**orientamento al risultato**, che richiede tenacia e concentrazione nel perseguire gli obiettivi prefissi;
 - la **gestione del cambiamento** per facilitare ed adeguarsi verso nuove forme e comportamenti organizzativi;
- **area relazionale**, incentrata sull'efficacia nel comunicare e l'orientamento verso la collaborazione ed il lavoro di gruppo, nonché l'**ascolto** o capacità di comprendere i pensieri e gli stati d'animo degli altri;
- **negoziiazione**, capacità che si esplica nel condurre in porto le trattative affermando il proprio pensiero e generando consenso attraverso:
 - le **reti relazionali** indispensabili per attivare molteplici canali necessari per raggiungere gli obiettivi professionali;
 - la **gestione delle risorse umane**, elemento fondamentale per attestare la capacità di organizzare e gestire i collaboratori per finalizzare gli obiettivi aziendali;
 - l'**integrazione organizzativa** per misurare il livello di integrazione dei propri bisogni, motivazioni e valori con quelli della struttura di appartenenza.

Il Direttore UCA
 dott. Tommaso Agrippone

Obiettivi comuni in tema di prevenzione della corruzione

DIRETTORI UU.OO.CC. e RESPONSABILI UU.OO.SS.DD

1. individuare le attività, della propria Struttura, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
2. prevedere, per le attività individuate ai sensi del punto precedente, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
3. assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del primo punto, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione;
4. monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
5. monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
6. individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
7. verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
8. verifica della rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
9. individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
10. concorrere, con il Responsabile della prevenzione della corruzione e con il Responsabile della trasparenza, ad assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa.

Il Direttore UU.OO.
sett. Trasparenza



Scheda di valutazione individuale - 2019

area dirigenza

Valutato (Matricola, Cognome e Nome)	
Unità operativa	
Incarico / Ruolo	
Valutatore (Matricola, Cognome e Nome)	

Legenda valutazione:

1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO ALLE STRATEGIE AZIENDALI Dimostra interesse, conosce le linee strategiche aziendali ed offre contributi specifici alla loro definizione: si informa sistematicamente ed è attento all'evoluzione dell'azienda.	1	2	3	4	5
2. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Partecipa attivamente alla definizione dei programmi dell'U.O. e agisce coerentemente ad essi.	1	2	3	4	5
3. RISPETTO DEI REGOLAMENTI E DELLE DIRETTIVE AZIENDALI È attento a declinare i propri comportamenti professionali nel rispetto delle norme condivise.	1	2	3	4	5
4. FLESSIBILITA' Dimostra disponibilità rispetto alle richieste di modifica di gestione dell'attività ordinaria e in emergenza.	1	2	3	4	5
5. CASISTICA/ATTIVITA' SEMPLICE Dimostra competenze adeguate per la gestione della casistica/attività semplice.	1	2	3	4	5
6. CASISTICA/ATTIVITA' COMPLESSA Dimostra competenze adeguate per la gestione della casistica/attività complessa.	1	2	3	4	5
7. FORMAZIONE PROFESSIONALE Sviluppa una costante attività di aggiornamento e formazione professionale mantenendosi aggiornato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica e contribuendo all'attività di audit e confronto all'interno dell'U.O.. Rispetta gli obiettivi annuali proposti nell'ambito dell'ECM e dei programmi aziendali.	1	2	3	4	5

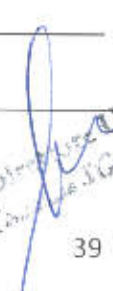
Il Direttore U.O.
Dott. Ferrante

8. PROBLEM SOLVING Effettua correttamente l'analisi e la diagnosi del problema (raccolta, quantificazione, verifica, ricerca delle cause), ed elabora soluzioni, con atteggiamento costruttivo, prospettando alternative.	1	2	3	4	5
9. AUTONOMIA DECISIONALE Sa prendere decisioni in autonomia anche in condizioni d'incertezza ed emergenza assumendosi le responsabilità ad esse collegate e rispondendone direttamente.	1	2	3	4	5
10. ESPLETAMENTO DEI CARICHI DI LAVORO CONCORDATI E QUALITA' DELLE PRESTAZIONI Rispetta le programmazioni operative definite (attività, priorità, tempistiche), curando la qualità delle prestazioni nel rispetto dei regolamenti e delle procedure aziendali e di U.O.	1	2	3	4	5
11. METODOLOGIE E TECNICHE INNOVATIVE Propone e sviluppa soluzioni metodologiche e tecniche innovative che concorrano al miglioramento dei processi di lavoro e allo sviluppo della qualità del servizio.	1	2	3	4	5
12. EVOLUZIONE PROFESSIONALE E TECNOLOGICA È attento a seguire l'evoluzione professionale e tecnologica dimostrando altresì capacità di proporre, incoraggiare e sviluppare soluzioni innovative.	1	2	3	4	5
13. RELAZIONE CON I COLLEGHI Interagisce in modo aperto e costruttivo con i colleghi; è autorevole e contribuisce a creare un clima di relazione collaborativo all'interno dell'U.O.; dimostra disponibilità all'ascolto verso le esigenze dei colleghi.	1	2	3	4	5
14. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Mantiene con i pazienti, i familiari, le associazioni e le istituzioni esterne rapporti positivi, creando spazi per l'ascolto ed il trasferimento delle informazioni. Orienta le proprie azioni sulla base di una corretta interpretazione dei bisogni degli utenti e si adopera per la soddisfazione delle loro esigenze.	1	2	3	4	5
15. OSSERVANZA DEGLI ORARI Nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Istituto assicura la propria presenza in servizio e quindi il proprio tempo di lavoro, in modo flessibile, per le esigenze della struttura.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 75
-------------------------	------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____


 Il Direttore
 della Struttura

Scheda di valutazione individuale - 2019

area comparto

Valutato (Matricola, Cognome e Nome)	
Unità operativa	
Incarico / Ruolo	
Valutatore (Matricola, Cognome e Nome)	

Legenda valutazione:

1= insoddisfacente 2=da migliorare 3=sufficiente 4=buono 5=ottimo

1. CONTRIBUTO AI PROGRAMMI DELL'UNITA' OPERATIVA Indica la partecipazione attiva allo sviluppo e il miglioramento della programmazione delle attività dell'unità operativa cui il professionista è assegnato.	1	2	3	4	5
2. AUTONOMIA E RESPONSABILITA' Indica il grado di autonomia nel risolvere i possibili problemi della propria area di lavoro e il livello di assunzione di responsabilità nel concreto agire del proprio ruolo.	1	2	3	4	5
3. QUALITA' DEL CONTRIBUTO PROFESSIONALE Indica la qualità delle competenze tecnico specifiche agite per la gestione delle attività di servizio.	1	2	3	4	5
4. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ATTIVITA' Indica il grado di programmare ed organizzare in modo appropriato le proprie attività nel rispetto dei tempi, delle regole condivise e degli impegni assunti.	1	2	3	4	5
5. RELAZIONE CON I COLLEGHI Indica il grado di disponibilità all'ascolto e alla collaborazione nel gruppo di lavoro e il contributo ad un clima positivo dell'unità operativa.	1	2	3	4	5
6. ORIENTAMENTO AI BISOGNI DELL'UTENZA Indica il grado di cortesia, di disponibilità, di puntualità, di presenza e disponibilità nelle risposte ai bisogni degli utenti.	1	2	3	4	5
7. FLESSIBILITA' Indica il grado di apertura a diverse soluzioni, di disponibilità a ricercare alternative ai comportamenti e alle soluzioni abituali.	1	2	3	4	5

8. SVILUPPO PROFESSIONALE Indica il contributo attivo alla manutenzione e innovazione delle proprie competenze partecipando alla formazione aziendale.	1	2	3	4	5
9. SICUREZZA SUL LAVORO Indica il grado di conoscenza delle norme generali di comportamento in materia di prevenzione e sicurezza sul posto di lavoro nonché di adesione alla regolamentazione interna emanata in materia e alle relative procedure applicative (uso dei dispositivi di protezione individuale, conoscenza delle procedure di emergenza, operare per la sicurezza propria ed altrui). Partecipa ai percorsi di formazione ed addestramento per la sicurezza.	1	2	3	4	5
10. UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA Indica il grado di autonomia/capacità tecnica nell'utilizzo dei software/strumentazioni presenti in reparto/ufficio.	1	2	3	4	5

PUNTEGGIO FINALE	_____ / 50
-------------------------	------------

Commenti del valutato rispetto alla valutazione ottenuta:	
---	--

Valutatore	Valutato (per presa visione)
Data e firma _____	Data e firma _____

31/10/2023
 1465
 [Firma]

Note

Di seguito si riportano brevi note sui principali aspetti che verranno monitorati per verificare la capacità dell'organizzazione di raggiungere gli obiettivi programmati.

- L'**appropriatezza clinica** corrisponde all'erogazione di cure ed interventi di comprovata efficacia in termini di benefici per il paziente.
- L'**appropriatezza organizzativa** riguarda la scelta delle più idonee modalità di erogazione delle prestazioni, massimizzando la sicurezza ed il benessere dell'utente e, nel contempo, ottimizzando il consumo di risorse (efficienza produttiva).
- L'**efficacia esterna** riguarda il rapporto tra l'azienda e l'ambiente esterno di riferimento. Questo elemento della *performance* misura la capacità delle strutture dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività.
- L'**efficacia interna** viene espressa dalla capacità dell'azienda di raggiungere gli obiettivi di gestione e le finalità definiti in sede di programmazione.
- L'**efficienza** - rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra i fattori produttivi impiegati nell'attività ed i risultati. Essa si colloca lungo tutta l'attività di trasformazione degli *input* (risorse umane, strutturali, tecnologiche, finanziarie) in *output* (risultati), con un'enfasi particolare – ma non esclusiva – sugli aspetti economici e quindi sul fatturato delle attività svolte.
- L'**equità** rappresenta la garanzia che tutti i cittadini abbiano la stessa possibilità di accedere alle prestazioni e ai servizi.
- Gli **obiettivi strategici** sono l'espressione dei fini aziendali e della sua *mission*, ed hanno un orizzonte temporale di lungo termine (triennale).
- Gli **obiettivi operativi** traducono gli obiettivi strategici in programmi attuativi o gestionali, ed hanno un orizzonte temporale generalmente non superiore all'anno.
- La **qualità dell'organizzazione** consiste nella capacità dell'azienda di organizzare e gestire i processi produttivi e le attività di erogazione dei servizi nel modo migliore secondo standard e livelli di eccellenza riconosciuti, garantendo condizioni di piena sicurezza per gli utenti ed il personale.
- La **qualità dell'assistenza** si misura anche attraverso la rilevazione del gradimento dei servizi offerti (qualità percepita). Ovviamente tale aspetto è influenzato dalle caratteristiche socio-economiche, dalle conoscenze, dalla disponibilità di scelte alternative, dagli aspetti relazionali utente-operatore sanitario, ecc. Inoltre è molto importante l'offerta di un adeguato comfort alberghiero, l'umanizzazione e personalizzazione delle cure, la presenza di bassi livelli di conflittualità interna ed esterna, accettabili tempi di attesa e così via.

Il Direttore UOC
Aut. Tribunale di Cagliari
CUI: 0111

SCHEDE DI RILEVAZIONE PER STRUTTURA

OBIETTIVI / INDICATORI

RISULTATI ATTESI / PESI

Il Direttore DDC
dott. Tommaso GMEGLIA

~~Il Direttore VCC~~
~~del Tribunale di Città di Castello~~